

受講申込書

申込日 年 月 日

研修名	第24回 同行援護従業者養成研修
期間	令和6年 10月5日(土)、6日(日) 12日(土)、13日(日) 4日間

ふりがな 氏名	
生年月日	年 月 日 (満 歳)
住所	〒 -
電話番号	
『学則6研修の免除』を利用する方は、資格の名称を記入し、 <u>証明できる書類のコピーを1部添付して下さい</u>	

<勤務先>

会社名	
住所	〒 -
電話番号	

<問い合わせ先>

041-0841

函館市日吉町2丁目31番26号

特定非営利活動法人 はこだての家 日吉

TEL (0138) 87-0337

FAX (0138) 87-2469

e-mail : jimukyoku@hakodatenoie-hiyoshi.org